HIT-6

In dieser Umfrage sind 6 Fragen enthalten.

HIT-6 - Fragebogen zu Auswirkungen von Kopfschmerzen

Dieser Fragebogen soll Ihnen dabei helfen, zu **beschreiben und mitzuteilen wie Sie sich fühlen** und was Sie **wegen Kopfschmerzen nicht tun können**.

Bitte geben Sie zu jeder Frage die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft.

Wenn Sie Kopfschmerzen haben, **wie oft sind die Schmerzen stark?** *

- nie
- selten
- manchmal
- sehr oft
- immer

Wie oft beeinträchtigen Sie **Kopfschmerzen im Alltag** bzgl. Haushalt / Arbeit / Schule oder bei Kontakten / Aktivitäten mit anderen Menschen? *

- nie
- selten
- manchmal
- sehr oft
- immer

Wenn Sie Kopfschmerzen haben, wie oft wünschen Sie sich, **dass Sie sich hinlegen können?** *

- nie
- selten
- manchmal
- sehr oft
- immer

Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen aufgrund von Kopfschmerzen **zu müde zum arbeiten oder für tägliche Aktivitäten?** *

- nie
- selten
- manchmal
- sehr oft
- immer

Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen aufgrund von Kopfschmerzen **gereizt oder hatten alles satt?** *

- nie
- selten
- manchmal
- sehr oft
- immer

Wie oft haben Kopfschmerzen in den letzten 4 Wochen Ihre Fähigkeit eingeschränkt, **sich auf die Arbeit / tägliche Aktivitäten zu konzentrieren?** *

- nie
- selten
- manchmal
- sehr oft
- immer

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:
Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.